

提出先：被保険者⇒事業主⇒健康保険組合

受付年月日	年 月 日	埋葬料(費)	円	支給支払決議書		
伺年月日	年 月 日	埋葬料(費)付加金	円	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日	支給額	円			
支払年月日	年 月 日					

(注意事項)

ア. 標題の「被保険者」、「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲むこと。  
 イ. ①欄は、「健康保険の被保険者証を、⑤の(二)欄は事業主から交付された死亡当  
 時の「賃金支払内訳書」などを見て記載すること。  
 ウ. 被扶養者以外の者が請求する場合は、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳  
 として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。)を添付してください。  
 エ. なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記  
 した翻訳文を添付してください。  
 死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)

被保険者  
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者証の 記号・番号	—	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
被保険者の勤務 していた、また は勤務している 事業所の	名称 (部署名)	〒			
	所在地	TEL:( ) —			
死亡した年月日	年 月 日	死亡原因			
被保険者が死亡 したための請求 であるときはそ の者の	氏名	埋葬した 年月日	年 月 日	埋葬に要 した費用	金 円
	被保険者の(最後の) 標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と 請求者との身分関係		
被扶養者が死亡 したための請求 であるときはそ の者の	氏名	生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
備考					
振込希望口座 *請求者が被保険者 でないとき・	銀行・信金 信組・農協		本店	普通・当座	
	口座番号	口座名義	フリガナ	その他( )	
<p>上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。</p> <p>1. 原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主          経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。</p> <p>年 月 日</p> <p>フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿          請求者の 住所          氏名 ㊟</p>					

※事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長埋葬許可証、  
 火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調査書のいずれかの写を添付してくだ  
 さい。

事業主の証明	死亡した 者の氏名	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 名称 代表者名 ㊟		